



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ

МОРФОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ – ВИКЛИКИ СУЧАСНОСТІ

Збірник тез доповідей
Науково-практичної конференції
(Суми, 23–24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

За результатами даних краніометричного дослідження нами було проведено обчислення співвідношення висоти верхньої, середньої і нижньої частин обличчя у осіб кожної статі для кожного типу будови голови. За 1 вважали висоту середньої третини обличчя. За першою градацією встановлено, що у хлопців-доліхоцефалів найбільшу висоту має нижня частина обличчя, у мезоцефалів – верхня, а у брахіцефалів – верхня і нижня третини обличчя різняться незначно, з мінімальним переважанням в бік нижньої третини.

У дівчат з усіма типами будови голови найбільшу висоту має верхня третина обличчя, при цьому різниця між висотою верхньої і нижньої третин є максимальною у доліхоцефалів і мінімальною у брахіцефалів.

Аналіз краніометричних вимірів за другою градацією засвідчив, що незалежно від типу будови голови у хлопців висота середньої третини обличчя відноситься до нижньої як 1:0,6, а у дівчат – 1:0,5, варіабельною при цьому залишається висота верхньої третини обличчя.

Отримані в результаті проведених досліджень дані дозволили зробити наступні **висновки**:

1. Встановлені закономірності співвідношення висоти різних частин обличчя, характерні для осіб з різними конституційними типами будови голови, необхідно враховувати при проведенні стоматологічних маніпуляцій щодо відновлення зубних рядів як на рівні центральних, так і бічних груп зубів, при необхідності не обмежуючись відновленням коронок, але й проводячи корекцію висоти коміркового відростка щелеп.

2. Для оптимізації визначення висоти різних частин обличчя та їх співвідношення при проведенні стоматологічних маніпуляцій доцільним є проведення кефалометричних вимірів за кількома градаціями та співставлення отриманих результатів.

КОНСТИТУЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ ТОПОГРАФІЇ ЛЕГЕНЬ В ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ

Василів М. Л., Адамович О.П., Василів Л.Т., Масна З.З.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії
Кафедра інфекційних хвороб

Одним з основних показників якості життя людини є функціональна спроможність легень. Обстеження легень в клініці проводять з використанням низки променевих та інструментальних методів – флюорографії, рентгенографії та рентгеноскопії, комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії, бронхоскопії. Проте найпоширенішими і, водночас, найдоступнішими та діагностично інформативними залишаються методи перкусії та аускультатії легень. Сучасні

антропометричні та антропологічні дослідження свідчать, що при огляді та обстеженні пацієнтів до уваги необхідно приймати і конституційні показники, зокрема – тип будови грудної клітки обстежуваних. Тому **метою** нашої роботи стало встановлення нормативних показників границь легень у здорових осіб зрілого віку в залежності від конституційного типу будови тіла.

Матеріал і методи. Для досягнення поставленої мети нами було проведено антропометричне та рентгенологічне обстеження 36 осіб віком 22-63 років, в т. ч. 14 чоловіків та 22 жінок. Всі обстежені були пацієнтами рентгенологічного кабінету поліклініки СБУ м. Львова. В ході обстеження визначали ріст і вагу пацієнта та обхват грудної клітки в стані спокою. При визначенні типів конституції згідно класифікації Чорноручького (1927) використовували індекс Піньє:

$I = L - (P + T)$, де

L – ріст (см), P – вага (кг), T – обвід грудної клітки в стані спокою (см).

В залежності від величини індекса визначали три типи конституції:

I – астеник $I > 30$;

II – нормостеник $10 \leq I \leq 30$

III – гіперстеник $I < 10$

Для астеників характерна струнка статура, вузька і довга грудна клітка, підгрудинний кут гострий, відповідно вузькі і довгі легені, серце мале, видовжене. Для гіперстеників – добре розвинена грудна клітка, підгрудинний кут тупий, високо розміщена діафрагма, горизонтальне положення серця. Для нормостеників характерні проміжні показники між астеничним та гіперстеничним типами. За результатами проведених вимірів серед усіх обстежених встановлено 7 астеників, 17 нормостеників, 12 гіперстеників. Рентгеновські знімки грудної ділянки у прямій та боковій проекціях обстежуваним пацієнтам виконували на рентгенодіагностичному апараті «ANIKO». На знімках вивчали топографію легень та визначали їх границі, що є характерними для осіб кожного з конституційних типів.

Результати. В ході виконання роботи було встановлено, що стандартні границі легень найбільше відповідають показникам, встановленим у осіб з нормостеничним типом будови тіла. Зокрема, у астеників верхівка легень проектується на рівні 4 см над ключицями, у нормостеників 4, 2 см, а у гіперстеників 3,5 см.

В астеників нижній край легень опущений у порівнянні з нормостениками і знаходиться на рівні X ребра, а в гіперстеників піднятий на рівень IX ребра по серединно-ключичній лінії.

Крім того, для осіб кожного з конституційних типів нами було встановлено рівень максимальної ширини наддіафрагмального простору. У астеників цей рівень знаходився на рівні VIII-IX ребер і становив 26-29 см., у нормостеників, відповідно, на рівні VIII-IX ребер і складав 30-34 см, а у гіперстеників рівень максимальної ширини наддіафрагмального простору визначався на рівні VIII-IX ребер і становив 32 – 36 см..

Результати проведених досліджень дозволяють зробити наступні **висновки**:

1. Кожен з конституційних типів будови тіла людини характеризується не лише низкою зовнішніх ознак, але й певними особливостями топографії внутрішніх органів, зокрема – легень, що необхідно брати до уваги при обстеженні пацієнтів в клініці.

2. Встановлені особливості топографії легень у осіб різних конституційних типів дозволяють коригувати обстеження пацієнтів різної тілобудови у відповідності з отриманими нами показниками за умови відсутності даних рентгенографії грудної клітки, та правильно інтерпретувати результати їх перкуторного і аускультативного обстеження.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ НЕРВОВИХ ПРОВІДНИКІВ СІДНИЧОГО НЕРВА ПРИ ЕТОПОЗИД-ІНДУКОВАНИЙ НЕЙРОПАТІЇ

Геращенко С.Б., Дельцова О.І.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра гістології, цитології та ембріології

Препарат антибластомної дії доксорубіцин, який належить до групи антрациклінових антибіотиків, часто викликає ураження центральної і периферійної нервової системи при його використанні в клініці онкології. Водночас систематичні дослідження динаміки розвитку токсичних нейропатій мало відомі.

Мета - дослідити морфогенез токсичної етопозид-індукованої нейропатії периферійних нервів.

Етопозид вводили одноразово 56 щурам у дозі 22 мг/кг маси тіла за методом С.Л. Bregman (1994). Термін досліду - 3,7 і 15 діб. Об'єктом дослідження були сідничі нерви, спинномозкові вузли L2-L5, та сіра речовина попереково-крижового відділу спинного мозку на рівні L2-S1. Методи дослідження - світлооптичні, електронномікроскопічний, морфометричний.

Встановлено, що розвиток нейропатії, викликаной етопозидом, перебігає в три стадії:

I стадія - первинної аксональної реакції (3-я доба досліду), в основі якої лежить порушення ультраструктури осьових циліндрів мієлінових та безмієлінових нервових волокон, яке супроводжується поліморфними дистрофічними змінами перикаріонів, переважно, аферентних нейронів. II стадія - поглиблення дистрофічних змін рухових і чутливих нейронів на тлі порушення системи мікроциркуляції периферійних нервів та їхніх сегментарних центрів із підвищенням проникливості кровоносних капілярів. прогресуванням набряку тканини ендоневрію. сполучнотканинної строми спинномозкових вузлів та перивазальним набряком вентральних рогів сірої речовини спинного мозку (7-а доба експерименту). III стадія - дегенеративних змін (15-а доба спостереження) проявляється глибокими порушеннями в усіх класах нервових провідників, атрофією і руйнуванням мієлінових нервових волокон, глибокими дистрофічними змінами, цитолізом і резорбцією гліоцитами нейронів спинномозкових вузлів та відновленням структури частини клітин рухового нейронного пула.

Використання комплексного комп'ютерного морфометричного дослідження за допомогою аналізатора зображень дозволило встановити специфічні порушення